自　立　支　援　医　療　費
（　精　神　通　院　医　療　）
受　給　者　証　再　交　付　申　請　書

※市町村名

※受理年月日

奈良県精神保健福祉センター所長　殿

年　　月　　日

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第３２条第１項に基づく自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

再交付申請理由（該当するものに〇印をつけてください。）		１　破れ　　２　汚れ　　３　紛失		
受診者	フリガナ 氏　名	印 （自署又は記名押印）	生年月日	大正・昭和・平成・令和 年　　月　　日
	個人番号			
	住　所	〒 奈良県 電話番号　　（　　）		
保護者（受診者が十八歳未満の場合）	フリガナ 氏　名	印 （自署又は記名押印）	受診者との関係	
	個人番号			
	住　所	〒 奈良県 電話番号　　（　　）		
既存の受給者証の有効期限		年　　月　　日		
既存の受給者証の受給者番号				

（注）１　太線枠内が未記載の場合は、市町村が記載してください。
２　再交付の理由が「破れ」「汚れ」の場合は、受給者証の写しを添付してください。
３　受診者が１８歳未満の場合は、保護者欄も記載してください。
４　※の欄は記載しないでください。

ここから下の欄は記入しないでください。

※市町村記入欄

本人を確認し、チェックのうえ、該当番号を〇で囲むこと。

□　本人の個人番号の確認	１　個人番号カード　２　個人番号通知カード　３　その他（　　）
□　本人又は代理人の身元（実存）の確認	１　個人番号カード　２　障害者手帳　３　運転免許証　３　その他（　　）
□　代理人の申請（届出）の場合にあっては、代理権の確認	１　戸籍謄本（法定代理人の場合）　２　委任状（任意代理人の場合） ３　その他（　　）

2019.05